

共通アセスメントツール 目次

シート	帳票
1	相談受付・申込票
2基	インテーク・アセスメントシート(基本シート)
2補-1	インテーク・アセスメントシート(補足シート)1
2補-2	インテーク・アセスメントシート(補足シート)2
2補-3	インテーク・アセスメントシート(補足シート)3
2補-4	インテーク・アセスメントシート(補足シート)4
2補-5	インテーク・アセスメントシート(補足シート)5
3	プランシート
4	支援経過記録シート
5	評価シート
6	個人票A

注1) 共通アセスメントツールは、シート1～5(「相談受付・申込票」～「評価シート」)と別紙「個人情報に関する管理・取扱規程」です。

注2) シート1～5の入力にあたり、「☑は複数可」の記載箇所以外は、全てチェックボックスからひとつだけ選択してください。

注3) インテーク・アセスメントシート(シート2基)に「ID」「氏名」「ふりがな」「性別」「生年月日」「住所」「電話番号」の項目を記入すると、シート3～6に自動転記されます。

注4) 「個人票A」はハローワークの自治体用の様式の、表面の写しとなっています。なお、「個人票A」はハローワークの様式のため、地域によっては形式等が異なる場合がありますので予めご了承ください。

相談受付・申込票

ID	
受付者	

※受付者記入欄

差し支えない範囲でご記入ください。★は必須項目です。匿名を希望される方も受け付けています。

■基本情報

受付日	平成 年 月 日	はじめての相談ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)
現住所	〒 -				
連絡先	電話の希望時間帯・曜日があればご記入ください。(時 分 ~ 時 分) (曜日:)				
	自宅電話	() -	携帯電話	() -	
	メールアドレス				
子ども	子ども (人) (歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) (歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) (歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) (歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) (歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) (歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)				
ご本人以外の来訪・連絡の場合	氏名		ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄:)	
	電話	() -		<input type="checkbox"/> その他 ()	

■ご相談内容

★ ご相談されたい内容に○をおつけください。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をおつけください。

<input type="checkbox"/> 家族のこと	<input type="checkbox"/> 子育てのこと	<input type="checkbox"/> 健康のこと(病気・障害・介護)
<input type="checkbox"/> 仕事探し、仕事上のこと、資格取得	<input type="checkbox"/> 教育費(学費等)のこと	<input type="checkbox"/> 養育費・面会交流のこと
<input type="checkbox"/> 家計のこと(収入・生活費・食費、家賃・ローンの支払、税金・公共料金等の支払、債務 等)		
<input type="checkbox"/> 住まいのこと	<input type="checkbox"/> DV・虐待のこと	<input type="checkbox"/> その他()

ご相談されたいことや配慮を希望されることを具体的に書いてください。

■支援利用欄

※下記の欄は、職員より別途説明を受けてください。

相談支援及び母子・父子自立支援プログラム策定の申し込みのため、ご同意頂ける方はご記入ください。

<p>〇〇様【←宛名は、都道府県等事業主管課長(事業委託の場合、事業委託先の長)又はこれに準ずる者とする。】 上記の相談内容等について、相談支援の利用を申し込みます。 また、支援利用にあたり必要となる関係機関(者)と情報共有することに同意します。なお、同意にあたっては、別紙の「個人情報に関する管理・取扱規定」について説明を受けました。</p> <p>平成 年 月 日 本人署名 _____</p>
<p>〇〇様【←宛名は、都道府県等事業主管課長(事業委託の場合、事業委託先の長)又はこれに準ずる者とする。】 母子・父子自立支援プログラム策定を申し込みます。 また、支援利用にあたり必要となる関係機関(者)と情報共有することに同意します。なお、同意にあたっては、別紙の「個人情報に関する管理・取扱規定」について説明を受けました。</p> <p>平成 年 月 日 本人署名 _____</p>

このシート内以下「ID」「氏名」「フリガナ」「性別」「生年月日」「住所」「電話」の項目はシート3～6に自動転記されます。

インテーク・アセスメントシート（基本シート）

（スタッフ記入）

★ID	
★受付者	

★母子・父子自立支援プログラム策定の該当項目 ☆個人票Aの該当項目

■基本情報

★氏名・性別	フリガナ: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	★生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	★最終更新日	平成 年 月 日
★現住所		★電話	() -	★メール	
留意点	<input type="checkbox"/> 前夫・前妻に、相談者の住所、連絡先等を知らせてはいけないケースである。 <input checked="" type="checkbox"/> の場合、DV等の背景事情を考慮し、事故につながらないように細心の注意を払うこと。				

■当初の相談経路

★受付形態	<input type="checkbox"/> 本人(来所) <input type="checkbox"/> 本人(電話・メール) <input type="checkbox"/> 家族・知人連絡(来所) <input type="checkbox"/> 家族・知人連絡(電話・メール)
★相談経路 (☑は複数可)	<input type="checkbox"/> 紹介なし・不明 <input type="checkbox"/> 役所内他部署 () <input type="checkbox"/> 関係機関・関係者・他所 () <input type="checkbox"/> 警察・病院 <input type="checkbox"/> 自治体のHPや広報誌、掲示物・配布物 () <input type="checkbox"/> その他 ()

■本人の主訴・状況

★相談内容	(主な相談内容、家族のこと、心身の状況、現在受けている支援、生活歴等)
家族状況	婚姻状況: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 離婚(協議・調停・審判・裁判) <input type="checkbox"/> 死別 家族構成: <input type="checkbox"/> 同居 () <input type="checkbox"/> 別居 () 子ども: 計 _____人: (歳)(歳)(歳)(歳)(歳) 取り決め: <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 公正証書・調停調書有 <input type="checkbox"/> 公正証書・調停調書無) <input type="checkbox"/> 無 備考:
就労状況	<input type="checkbox"/> 有: (<input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 無
経済状況	(収入の状況、手取り額、受給している手当、児童扶養手当、養育費、ローン、税滞納、他)
緊急性	緊急支援の必要性: <input type="checkbox"/> 有 (具体的な状況:) <input type="checkbox"/> 無

■スクリーニング

スクリーニング	<input type="checkbox"/> 1. 情報提供や相談対応のみで終了。 <input type="checkbox"/> 2. 職員等が継続支援する。支援内容: <input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 3. 他の制度や専門機関で対応が必要であり、紹介する。 (必要に応じて、事前連絡や同行し、結果をフォローアップする。紹介先:) <input type="checkbox"/> 4. その他 ()
---------	---

■国への報告

区分	生活一般							児童				経済的支援・生活保護						その他											
	住宅	健康・医療・その他	家庭紛争	就労	結婚	養育費	借金	その他	養育	教育	非行	就職	その他	母子給付金	母子福祉金	父子給付金	父子福祉金	寡婦給付金	公的年金	児童扶養手当	生活保護	税	その他	売店設置(法第25条)※	たばこ販売(法第26条)※	母子世帯向公営住宅(法第27条)※	母子・父子福祉施設の利用	母子生活支援施設(児童福祉法第38条)	父子世帯向公営住宅(法第31条の8)※
	病気	障害	配偶者等の暴力	その他	求職・転職	職業訓練	資格取得	職場の悩み	その他	保育所入所	虐待	その他		貸付	償還	貸付	償還	貸付	償還										
件数																													

◆は父子家庭のみの項目を示します。
 ※表内の法とは、「母子及び父子並びに寡婦福祉法」のことを示します。

(2)子どもの養育・自立

子どもの人数 (計 人)

	子ども	()人目	()人目	()人目
属性	氏名			
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	年齢	歳	歳	歳
	学校または就職(現在)	<input type="checkbox"/> 就 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 専 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保	<input type="checkbox"/> 就 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 専 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保	<input type="checkbox"/> 就 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 専 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保
	学年	年生	年生	年生
	学校名または就職先名			
関係性	続柄	<input type="checkbox"/> 実子 <input type="checkbox"/> 養子	<input type="checkbox"/> 実子 <input type="checkbox"/> 養子	<input type="checkbox"/> 実子 <input type="checkbox"/> 養子
	関係性(誰と誰との実子)			
	扶養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	親権者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 他
	面会交流	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	面会交流の頻度	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 ()回	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 ()回	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 ()回
	同居・別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
★養育	養育費			
	教育に関する費用			
★健康	心身の健康状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない (<input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 体) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない (<input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 体) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない (<input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 体) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設
	障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
	状況	食事、風呂(シャワー) (☑は複数可) <input type="checkbox"/> 食事ができている <input type="checkbox"/> 風呂に入っている	<input type="checkbox"/> 食事ができている <input type="checkbox"/> 風呂に入っている	<input type="checkbox"/> 食事ができている <input type="checkbox"/> 風呂に入っている
キーパーソン	子ども自身が頼ることができる人・頼っている人			
	子どものことについて(あなたが)頼れる人			
	子どもを主に世話する人			
	子どもの祖父母の援助	<input type="checkbox"/> 有 (教育費、送迎、 保育、発熱時の 対応、その他) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (教育費、送迎、 保育、発熱時の 対応、その他) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (教育費、送迎、 保育、発熱時の 対応、その他) <input type="checkbox"/> 無
自立と課題	子どもの進学・就職・ 自立の意向について			
	子どもの課題について			

※子どもは、年長者から順に、男女及び実子・養子合わせて記入。4人目以降は本シートをコピーして作成。

(3)健康・障害

★健康状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない <input type="checkbox"/> 通院している <input type="checkbox"/> 良くないが通院していない	通院先/ 服薬・診断・ 症状等	
健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険(国保以外) <input type="checkbox"/> 加入していない	障害手帳等	有→ <input type="checkbox"/> 身体(____級) <input type="checkbox"/> 知的(療育)(____) <input type="checkbox"/> 精神(____級) <input type="checkbox"/> 無 <hr/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 利用している
特記事項			

(4)収入・公的給付・債務等

★家計の状況	相談内容・今後望むこと(子どもの養育費・学費等含む)		
★公的給付 (受給中) (☑は複数可)	<input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 就学援助 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 老齢年金・遺族年金・障害年金 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 住居確保給付金	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 生活保護
★家計の収支状況 (世帯)	(収入) 月々入ってくるお金(月額: _____ 円) うち養育費(月額: _____ 円)		
	(支出) 月々出ていくお金(月額: _____ 円)		
課税状況	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯である <input type="checkbox"/> 住民税課税世帯である		
滞納	<input type="checkbox"/> 滞納有 (_____) <input type="checkbox"/> 滞納無		
★債務	<input type="checkbox"/> 債務有 (_____) <input type="checkbox"/> 債務無		
特記事項			

(5) 職業・職歴等

① 概況

★仕事の状況	(相談内容・今後望むこと)
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労している (1か月以内の就労先: _____ 箇所) <input type="checkbox"/> 就労しているが、転職先を探したい/探している <input type="checkbox"/> 今後、就労予定(就労先決定済み) <input type="checkbox"/> 仕事を探したい/探している(現在無職) <input type="checkbox"/> 仕事をしていない(仕事を探していない)
直近の離職後年数	<input type="checkbox"/> 6か月未満 <input type="checkbox"/> 6か月以上～1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上～2年未満 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 仕事をしたことがない
最終学歴等 (☑は複数可)	<input type="checkbox"/> 中学(高校未入学) <input type="checkbox"/> 中学(高校中退) <input type="checkbox"/> 高校(大学中退を含む) <input type="checkbox"/> 特別支援学校(学級を含む) <input type="checkbox"/> 専門学校・専修学校・各種学校 <input type="checkbox"/> 高等専門学校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> その他 () → <input type="checkbox"/> 現在、就学中 ()
★資格・技術 (☑は複数可)	<input type="checkbox"/> 自動車免許(AT) <input type="checkbox"/> 自動車免許(MT) <input type="checkbox"/> その他資格・技術 ()
職業訓練歴 (通信教育歴を含む)	
☆希望職種	
★本人の意向	(1) 本人が「自分にとって向いていた」と考える職業とその理由 (2) 本人が「自分にとって不向きだった」と考える職業とその理由

② 現在の職業

★職業	★業務内容		★雇用形態	★勤務時間
★勤務年数	★月収	★賞与の有無・金額	社会保険加入の有無	
年 ヵ月	万円	<input type="checkbox"/> 有 :年間 _____ 万円 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

③ ★過去の職歴 ※現在に近い順に上から記載

☆勤務期間	雇用形態	月収	☆職業・業務内容
年 月 ～ 年 月		万円	
年 月 ～ 年 月		万円	
年 月 ～ 年 月		万円	

④ 職業・職歴等の特記事項

(主な転職理由等)

(6)アセスメント結果の整理と支援方針の検討

①目標

★目標

②現状・課題

課題(優先順位が高い順に)	
(本人)	(子ども)
課題領域	現状・背景
(1) 家族・地域関係・住まい	
(2) 子どもの養育・自立	
(3) 健康・障害	
(4) 収入・公的給付・債務等	
(5) 職業・職歴等	
(6) その他	
(★面識者の見解)	

③対応

支援方針	★支援方策
	(行政サービス)
	(社会資源)
	(専門機関・関係機関)

■上記を検討する上でヒントとなる視点:

- ・本人の思いと状況を聞き取り、課題を整理し、解決策につなぐために
 - ① 今、相談をしようと思ったのは、なぜか(動機)
 - ② いつからそういう状況なのか。これまで本人はその状況にどう対応してきたのか(経緯)
 - ③ その対応の結果を本人はどう思っているのか。本人はなぜ状況を解決できなかったのか。
 - ④ 相談・支援してくれる人(キーパーソン)はいるのか
 - ⑤ 本人は、今後どのような状況になったらよいと思うか。
また、それを実現するために、本人はどのようなことをしたいか。(今後の意向)
- ・ひとり親となった理由・経緯・時期を把握する。本人の課題と、子どもの課題を分けて考える。
- ・緊急度と解決すべき課題の優先順位について、本人の意向と、スタッフの意見とを分けて考える。

プランシート

(母子・父子自立支援プログラム策定にあたり、本人とスタッフが協働で作成)

ID		プラン作成日	平成	年	月	日
作成回	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再プラン()回目	プラン作成担当者				

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)

■解決したい課題

--

■目標(目指す姿) <本人が設定>

長期目標	本プランにおける達成目標

■プラン

実施すること及び支援方策	備考(関係機関・期間・頻度など)

支援経過記録シート

(スタッフ記入)

ID		相談者氏名		生年 月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
----	--	-------	--	----------	--

実施日・ 担当者	方法 (☑は複数可)	対応相手先 (☑は複数可)	対応内容記録及び 支援方策
平成 年 月 日 担当者 ()	<input type="checkbox"/> 電話相談・連絡 <input type="checkbox"/> 訪問・同行支援 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 所内会議 <input type="checkbox"/> 他機関との会議 <input type="checkbox"/> 他機関電話照会 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 関係機関 <input type="checkbox"/> その他 ()	関与した関係機関・関係者等 ()
平成 年 月 日 担当者 ()	<input type="checkbox"/> 電話相談・連絡 <input type="checkbox"/> 訪問・同行支援 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 所内会議 <input type="checkbox"/> 他機関との会議 <input type="checkbox"/> 他機関電話照会 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 関係機関 <input type="checkbox"/> その他 ()	関与した関係機関・関係者等 ()
平成 年 月 日 担当者 ()	<input type="checkbox"/> 電話相談・連絡 <input type="checkbox"/> 訪問・同行支援 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 所内会議 <input type="checkbox"/> 他機関との会議 <input type="checkbox"/> 他機関電話照会 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 関係機関 <input type="checkbox"/> その他 ()	関与した関係機関・関係者等 ()

※4件目以降は本シートをコピーして作成

評価シート

(スタッフ記入)

継続的支援が終結したときに記入します。長期に渡る場合は半年に1回程度を目安として評価を実施します。

ID		氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
評価回	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> ()回目	担当者		評価記入日	平成 年 月 日

■目標の達成状況

目標の達成状況	
見られた変化 (☑は複数可)	本人の変化 <input type="checkbox"/> 家族関係の改善 <input type="checkbox"/> 養育費に関する改善 <input type="checkbox"/> 面会交流開始 <input type="checkbox"/> 家計の改善 <input type="checkbox"/> 債務の整理 <input type="checkbox"/> 自立意欲の向上・改善 <input type="checkbox"/> 職業訓練の開始、就学 <input type="checkbox"/> 就職活動開始 <input type="checkbox"/> 就労開始 <input type="checkbox"/> 就労収入増加 <input type="checkbox"/> 職場定着 <input type="checkbox"/> 健康状態の改善 <input type="checkbox"/> 医療機関受診開始 <input type="checkbox"/> 障害手帳取得 <input type="checkbox"/> 精神の安定 <input type="checkbox"/> 住まいの確保・安定 <input type="checkbox"/> 社会参加機会の増加 <input type="checkbox"/> 孤立の解消 <input type="checkbox"/> 生活習慣の改善 <input type="checkbox"/> その他
	子どもの変化
現在の状況と残された課題	

■支援事業等の利用実績等

事業等	利用実績	利用の効果／継続利用の必要性等
母子・父子自立支援プログラム策定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

個人票 A

福祉部門(福祉事務所)の名称	所在地
福祉部門担当コーディネーター名	電話番号

フリガナ			<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
氏名	生年月日	年 月 日		受給者番号	
現住所				電話番号	() -
就労経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	就労時期	平成 年 月ごろまで累計で約 年間		
		仕事の内容			
		仕事をやめた理由	<input type="checkbox"/> 解雇等 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 結婚・育児 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
就労意欲	<input type="checkbox"/> すぐに就職(転職)したい <input type="checkbox"/> 良い条件のものがあれば就職(転職)したい <input type="checkbox"/> 就職(転職)について考えてみたい <input type="checkbox"/> 今は就職(転職)する気持ちはないが、いずれ考えたい <input type="checkbox"/> その他 ()				
希望する仕事の内容 (職種・労働条件など)					
配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 自立意欲 <input type="checkbox"/> 労働能力 () <input type="checkbox"/> その他 ()				

就労支援に当たっての留意事項(生活保護に至った経緯等)
福祉部門における就労意欲喚起などの支援・取組みの内容、コメント